

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : RAZ 169237  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : H.R.A.R BOUAFIA  
 Date de naissance : 1961-1963  
 Adresse : Belle Vue 2750 SIDI  
 Tél. : 0628860529 Total des frais engagés : 3.282,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Lehnen Fathima Age : 74 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiomyopathie en insuffisance cardiaque  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

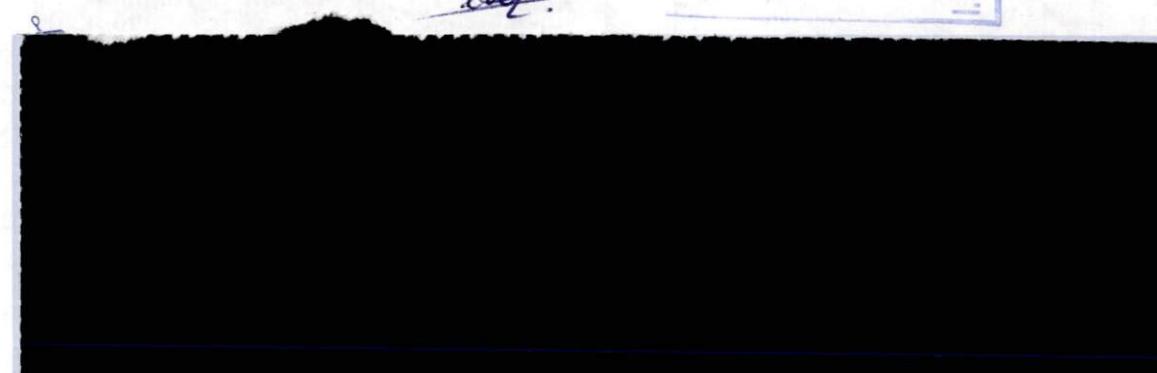
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/05/2023 Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
AB 05 2013		C	6	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
	1810512013	32 83,60 09 20 77 80 9

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
				<

# Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

الدكتورة للا جهان الجوهرى

- ❖ Spécialiste en Cardiologie
- ❖ Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- ❖ Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- ❖ Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- ❖ Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



إخلاصية في أمراض القلب

خريجة كلية الطب بالرباط

خريجة كلية الطب فيكتور سيدالين بوردو فرنسا  
في تشخيص أمراض القلب بالصدى

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط



Le 18/05/2023

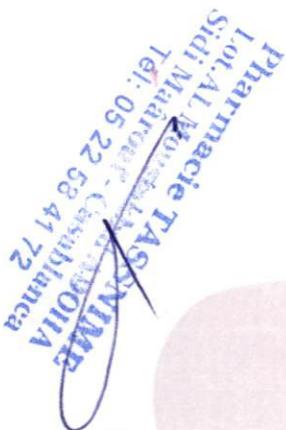
UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



Mme Lahmar Fatima

5 x 50mg S.V

Uperio 50mg: 1cp x 2 S.V

58,10 x 5

Cardensiel: 1cp x 2 S.V

37,00 x 2

Becabazant: 1cpleso S.V

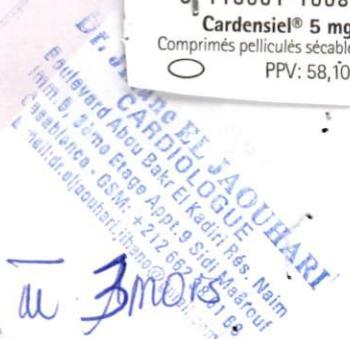
34,60 x 4

Iceslix 40mg: 1cpj S.V

89,70

Cordarone 200: 1/2 cps S.V

T: 328316



à 3mois

UPERIO® 5 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031719

LASILIX 40 MG  
20CP SEC

LOT : 22E017  
PER : 10.2006

P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LASILIX 40 MG  
20CP SEC

LOT : 22E017  
PER : 10.2006

P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031719